Mise en charge immédiate d'un bridge transvissé mandibulaire à l'aide des implants EVL®Konik

De la clinique à la réalisation prothétique

G. MONTALBOT

PRÉSENTATION DE L'IMPLANT EVL®KONIK

La société Serf (Société d'études de recherches et de fabrication) est présente en implantologie dentaire depuis 1991.



Fig. 1 / Implant EVL® K ou KONIK.

L'implant EVL® K, ou KONIK, est commercialisé depuis mars 2010. C'est un implant cylindro-conique, qui assure une excellente stabilité primaire. Il est particulièrement indiqué pour les os de faible densité, les cas d'extraction implantation immédiate et pour remplacer une dent dont les dents voisines ont des racines convergentes.

Cet implant bénéficie dans sa partie supérieure d'un micro filetage pour stimuler la zone corticale surmonté par un col lisse de 0,9 mm de hauteur pour la gestion de l'espace biologique ; son corps présente un profil cylindro-conique et un filetage à profondeur variable pour un meilleur ancrage dans l'os spongieux (Fig. 1).

Sa prothèse est compatible avec son jumeau cylindrique l'EVL ®S, dont il conserve les mêmes diamètres et plateformes prothétiques. Les piliers MULTI, existant chez Serf depuis 1998, sont indiqués dans les cas de restaurations plurales transvissées. Ils existent pour tous les diamètres d'implants EVL® et en 3 hauteurs gingivales (Fig. 2). Les piliers MUA, piliers Multi Angulés, sont indiqués dans les cas de restaurations plurales pour corriger une différence d'axe entre les implants. Ils existent en deux angulations 18° et 30° et en deux hauteurs transgingivales (2,5 mm et 3,5 mm), ils existent pour les trois diamètres d'implants EVL®(Ø 3, 3 mm, Ø 4 mm et Ø 5 mm) (Fig. 3). +



Fig. 2 / Piliers MULTI.

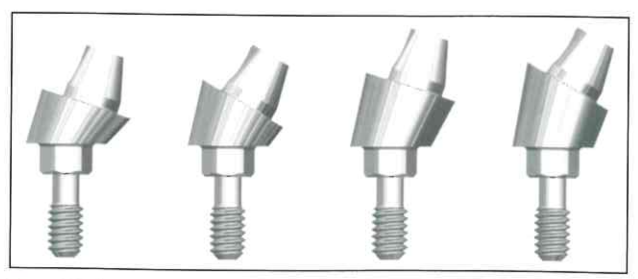


Fig. 3 / Piliers MUA, piliers Multi Angulés.

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

En préambule à cette présentation, nous concevons que la mise en charge immédiate dans le cadre des reconstitutions globales implanto-portées est désormais une donnée acquise de la science.

Nous pratiquons cette technique avec un recul de 10 ans, et 67 patients traités par 395 implants (dont seulement 2 non ostéointégrés, qui ont été remplacés sans compromettre ni le bridge immédiat ni le bridge d'usage). 57 patients ont été traités à la mandibule et 10 au maxillaire supérieur, 7 patients sur les 67 ont eu une restauration bi-maxillaire. Le nombre moyen d'implants posés par cas est proche de 6 (5,89 pour être précis).

Le patient retenu pour cette présentation est Madame S., 72 ans, présentant un cas d'édentement mandibulaire sub-total compensé par un appareillage amovible inconfortable et souhaitant être traitée par la pose d'implants et la réalisation d'un bridge immédiat dans la journée. Nous allons poser des implants EVL®Konik dont la forme cylindro-conique permet une excellente stabilité primaire ce qui est particulièrement recherché en cas de mise en charge immédiate comme dans le cas présenté.

PRÉSENTATION DU CAS

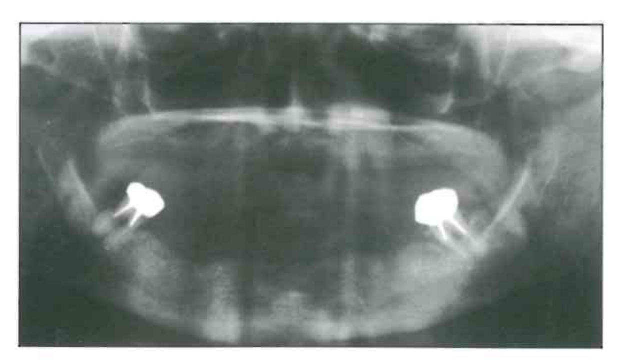


Fig. 1 / Radio panoramique de la patiente au départ.

PRÉPARATION DES SITES IMPLANTAIRES ET POSE DES IMPLANTS

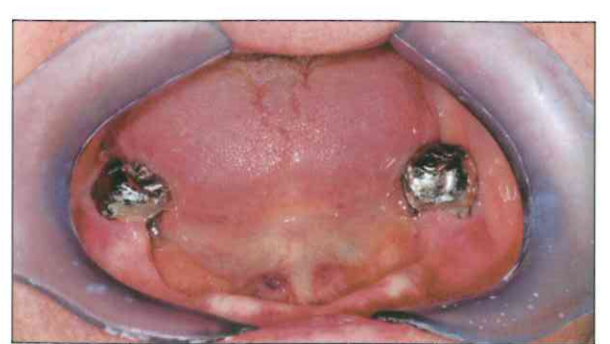


Fig. 2 / Vue endo-buccale, les dents couronnées sont conservées à titre temporaire pour assurer le calage de la dimension verticale.

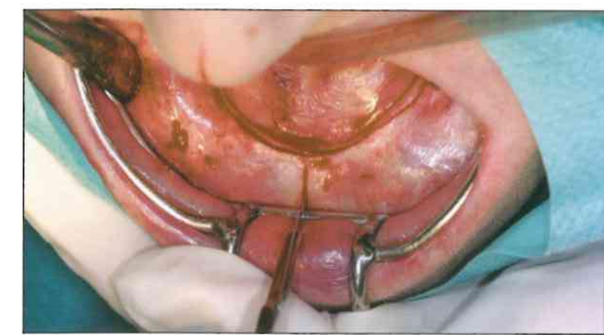


Fig. 3 / Incision crestale et vestibulaire de pleine épaisseur.

PRÉPARATION DES SITES IMPLANTAIRES ET POSE DES IMPLANTS (suite)

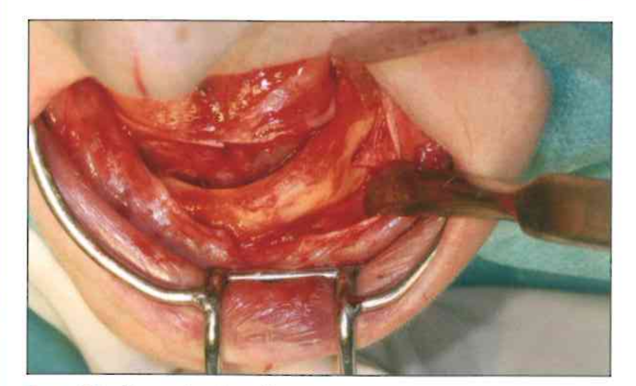


Fig. 4 / Après avoir récliné le lambeau vestibulaire et lingual, mise en évidence des trous mentonniers.

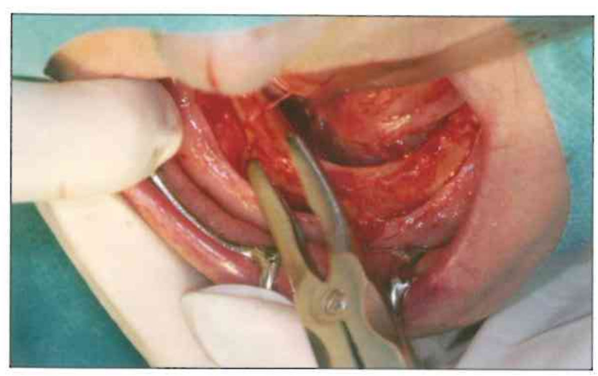


Fig. 5 / Modelage de la crête à l'aide d'une pince gouge.

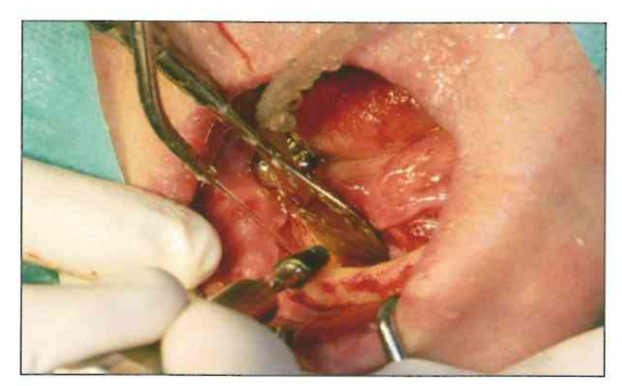


Fig. 6 / Régularisation à l'aide d'une fraise à os.

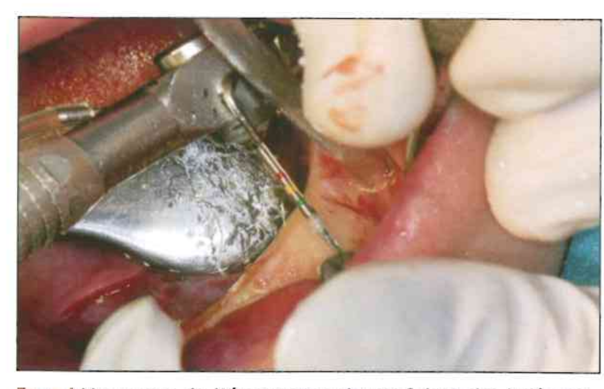


Fig. 7 / Marquage de l'émergence du nerf dentaire inférieur ainsi que de l'orientation du premier implant distal incliné à 20°.

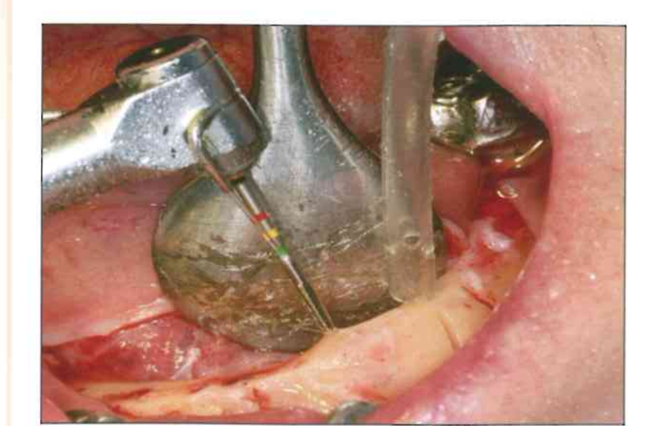


Fig. 8 / Une fois les axes des implants distaux déterminés les 3 implants restants sont répartis sur le reste de l'arcade dans un axe vertical.

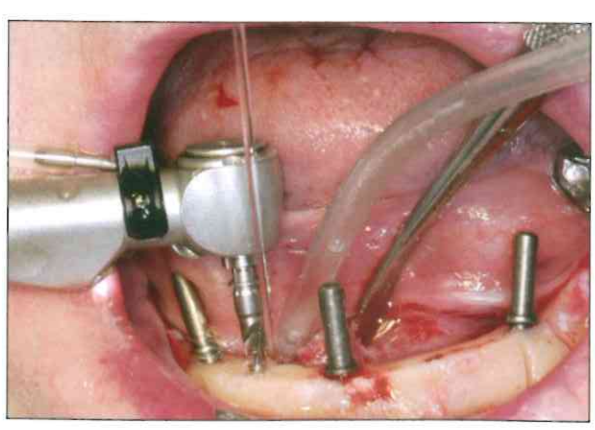


Fig. 9 / Forage à Ø2,2 mm et mise en évidence des axes des implants distaux. La direction de l'implant central permet de paralléliser les implants intermédiaires.

PRÉPARATION DES SITES IMPLANTAIRES ET POSE DES IMPLANTS (suite)

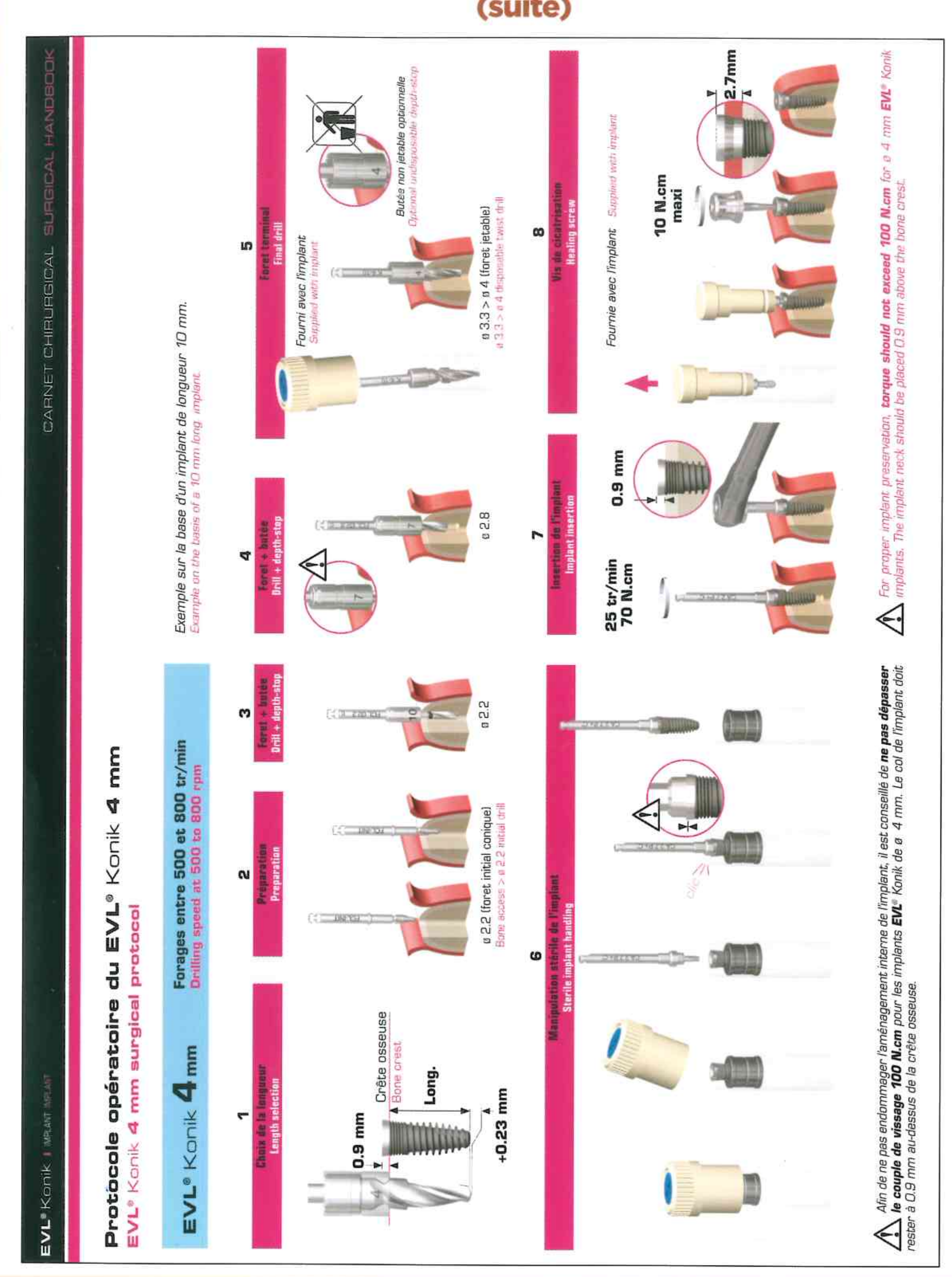


Fig. 10 / Protocole de forage de l'implant EVL®Konik diamètre 4 mm. (© Serf, Dedienne Santé)

PRÉPARATION DES SITES IMPLANTAIRES ET POSE DES IMPLANTS (suite)

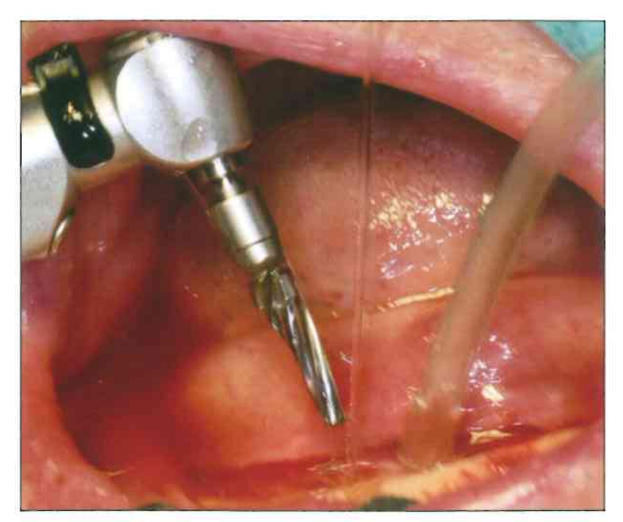


Fig. 11 / Le forage final est réalisé à l'aide du foret conique terminal livré avec l'implant EVL®Konik.

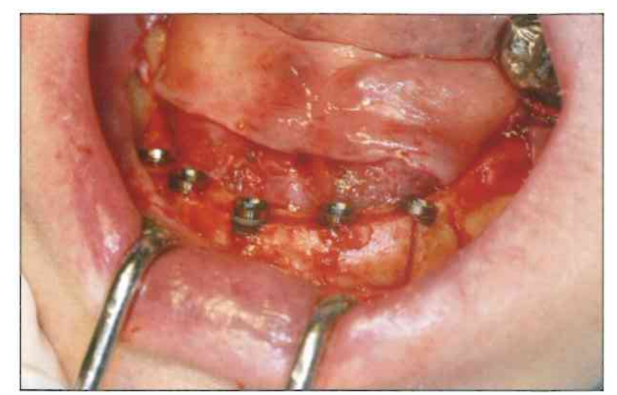


Fig. 12 / Vue des 5 implants EVL®Konik posés de façon supra-crestale (implants ayant un col lisse de 0,9 mm). La partie vestibulaire de l'implant central présente une déhiscence qui sera comblée à l'aide d'un substitut osseux.

PHASE PROTHÉTIQUE : MISE EN PLACE DES PILIERS PROTHÉTIQUES ET TRANSFERTS D'EMPREINTE

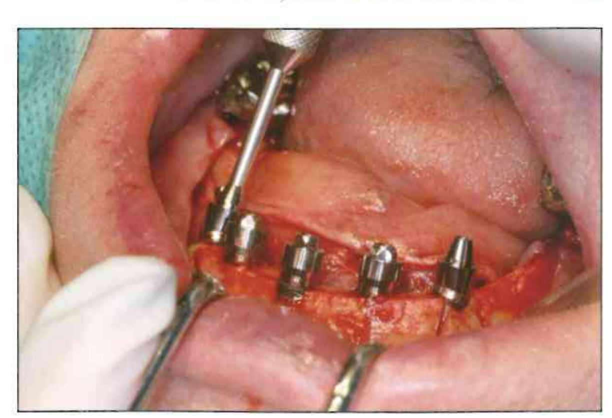


Fig. 13 / Mise en place de 3 piliers MULTI droits en zone antérieure et de 2 piliers MULTI angulés à 18°(MUA) sur les implants distaux (à l'aide du porte pilier visible sur la photo).

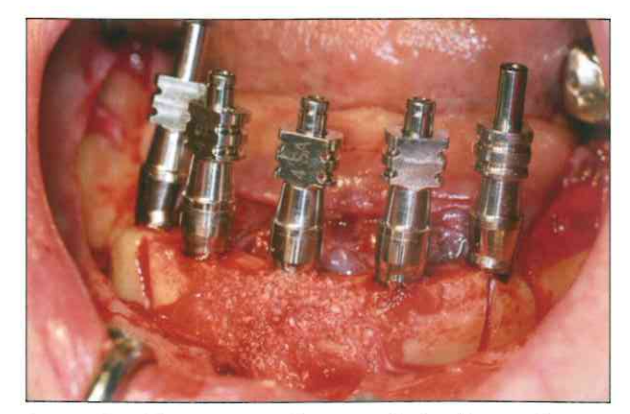


Fig. 14 / Positionnement des transferts d'empreinte en technique Pick up et comblement de la déhiscence.

PHASE PROTHÉTIQUE : MISE EN PLACE DES PILIERS PROTHÉTIQUES ET TRANSFERTS D'EMPREINTE (suite)

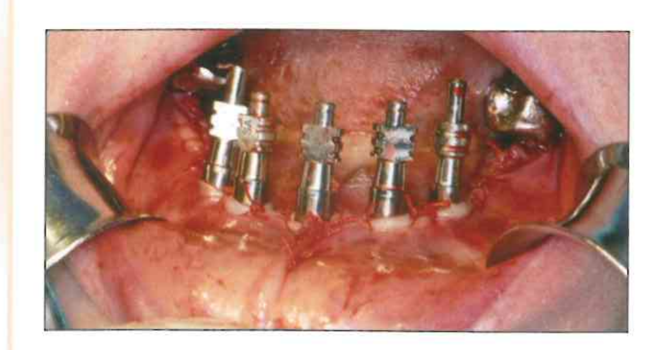


Fig. 15 / Sutures du tracé d'incision à l'aide d'un fil résorbable.

TECHNIQUE DE PRISE D'EMPREINTE AU PLÂTRE ET ENREGISTREMENT DE L'OCCLUSION

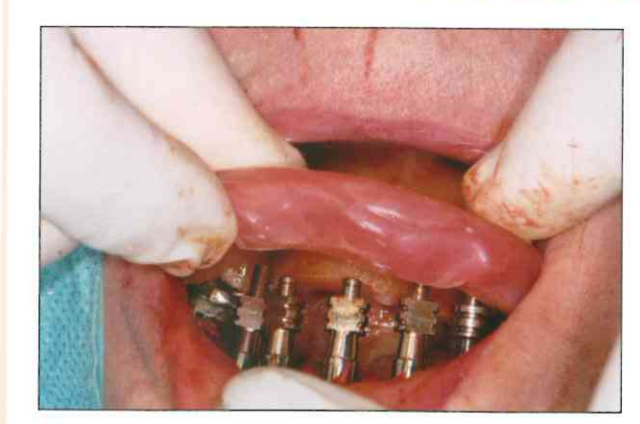


Fig. 16 / Essayage du porte empreinte à ciel ouvert.



Fig. 17 / Empreinte au plâtre.

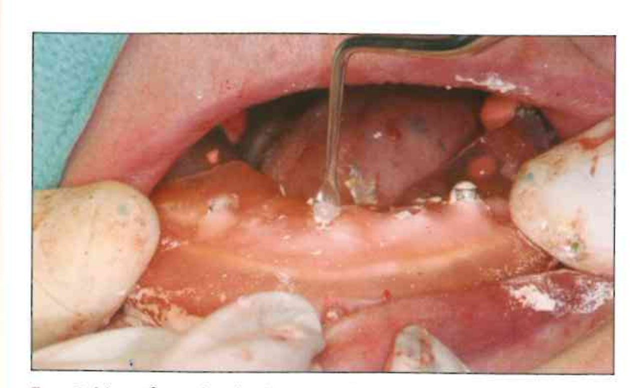


Fig. 18 / Les têtes de vis des transferts d'empreinte pour piliers MULTI et MUA sont dégagées.



Fig. 19 / Dévissage des transferts à l'aide d'un tournevis hexagonal de 1,2 mm.

TECHNIQUE DE PRISE D'EMPREINTE AU PLÂTRE ET ENREGISTREMENT DE L'OCCLUSION (suite)

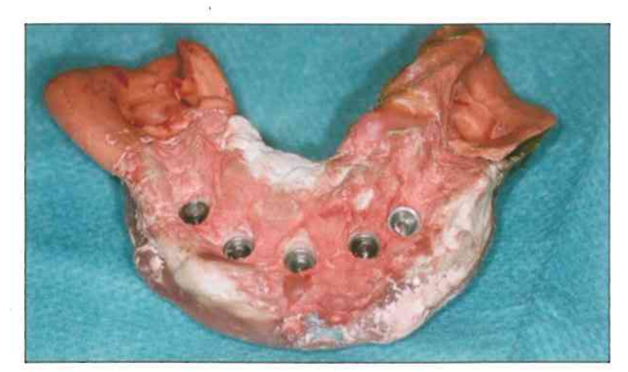


FIG. 20 / Empreinte finale avec vue de l'intrados des transferts d'empreinte.

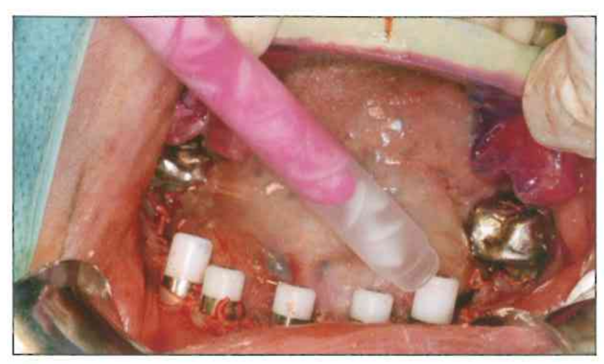


FIG. 21 / Les capuchons de cicatrisation sont mis en place sur les piliers MULTI et MUA. La base d'occlusion résine est positionnée sur l'antagoniste ; l'occlusion est enregistrée à l'aide d'un silicone. Les capuchons protègent les piliers pendant que le prothésiste prépare le bridge dans la journée.

POSE DU BRIDGE PROVISOIRE IMMÉDIAT ET RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DE CONTRÔLE



FIG. 22 / Fin de journée : vue en bouche du bridge provisoire réalisé sur des TUB (composants provisoires en titane sur piliers MULTI et sur MUA). Chaque TUB est relié à une barre titane à l'aide d'une soudure Plasma.

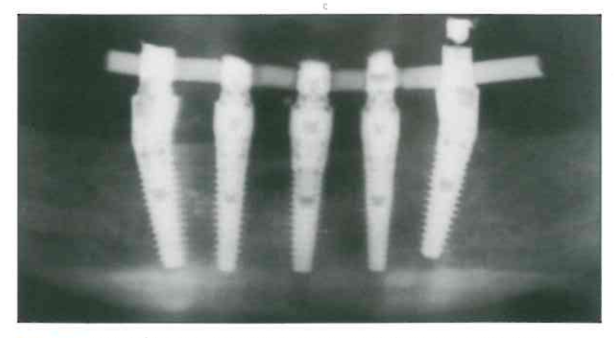


FIG. 23 / Contrôle panoramique du positionnement des implants et de la bonne adaptation de l'armature du bridge.

REMERCIEMENTS *à Didier Raquin (Laboratoire LSPD, Lyon).*

Gilles Montalbot
DU d'implantologie orale et maxillo-faciale
Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon
66, Grande Rue
01290 Pont de Veyle

Référencement bibliographique
Cet article peut être recherché ou cité sous la référence suivante :
Montalbot G. Mise en charge immédiate d'un bridge transvissé mandibulaire à l'aide des implants EVL® Konik. De la clinique à la réalisation prothétique. Implant 2012;18:211-217.